FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 79

DES INDICATIONS

DE

L'OUVERTURE DE L'APOPHYSE MASTOÏDE

DANS LES OTITES MOYENNES SUPPURÉES AIGUËS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 3 JUIN 1896

PAR

Guillaume-Henri-Charles SEGUIN
Né à Limoges (Haute-Vienne), le 11 mai 1863

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIÉCHAUD,	professeur,	*président.*
MASSE,	professeur,	*juges.*
BINAUD,	agrégé,	
BRAQUEHAYE,	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE Y. CADORET
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE **1895-96** N° 79

DES INDICATIONS

DE

L'OUVERTURE DE L'APOPHYSE MASTOÏDE

DANS LES OTITES MOYENNES SUPPURÉES AIGUËS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 3 JUIN 1896

PAR

Guillaume-Henri-Charles SEGUIN
Né à Limoges (Haute-Vienne), le 11 mai 1863

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIÉCHAUD,	professeur,	*président.*
MASSE,	professeur,	*juges.*
BINAUD,	agrégé,	*juges.*
BRAQUEHAYE,	agrégé	*juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE Y. CADORET
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

Clinique interne.....	MM. PICOT.
	PITRES.
Clinique externe.....	DEMONS.
	LANELONGUE.
Pathologie interne.....	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales.....	VERGELY.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.
Médecine opératoire.....	MASSE.
Clinique d'accouchements.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique.....	COYNE.
Anatomie.....	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie.....	VIAULT.
Physiologie.....	JOLYET.
Hygiène.....	LAYET.
Médecine légale.....	MORACHE.
Physique.....	BERGONIÉ.
Chimie.....	BLAREZ.
Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pharmacie.....	FIGUIER.
Matière médicale.....	DE NABIAS.
Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique.....	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants.....	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique.....	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale.....	MESNARD.
	CASSAËT.
	AUCHÉ.
	SABRAZÈS.
	LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.....	VILLAR.
	BINAUD.
	BRAQUEHAYE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.
	CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	MM. PRINCETEAU. CANNIEU.	Histoire naturelle.	MM. BEILLE.
		Physiologie.....	PACHON.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique.....	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie.....	DENIGÈS.
Pharmacie.....	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales....	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. cutan. et syphil...	DUBREUILH.	Pathologie externe ..	DENUCE.
Clin. des mal. des voies urin....	POUSSON.	Accouchements	RIVIÈRE.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Chimie.....	DENIGÈS.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR T. PIÉCHAUD

Professeur de clinique chirurgicale infantile, Officier de l'Instruction publique.
Chirurgien des Hôpitaux.

DES INDICATIONS

DE

L'OUVERTURE DE L'APOPHYSE MASTOÏDE

DANS LES OTITES MOYENNES SUPPURÉES AIGUES

INTRODUCTION

Les cas de mort dus aux complications des otites moyennes suppurées sont loin d'être rares : il ne se passe pas d'année sans qu'on n'en cite des exemples dans les sociétés médicales, et les cas qui restent ignorés sont bien plus nombreux encore.

Nous avons été frappé par ce fait. Or notre conviction la plus profonde étant qu'un grand nombre de ces accidents pourraient être évités par une intervention hâtive, nous avons résolu d'attirer l'attention sur ce point, et d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Certes, le sujet n'est pas nouveau, et beaucoup d'auteurs ont écrit sur la question. Ils nous ont décrit les complications terribles de méningite, méningo-encéphalite, abcès des sinus, pyohémie, etc... ; ils nous ont montré le mécanisme de ces infections gagnant de proche en proche par les canaux osseux, les veines, les

lymphatiques. Mais ils nous ont surtout indiqué, comme accompagnant et précédant presque toujours ces accidents, l'inflammation et la suppuration de l'antre et des cellules mastoïdiennes.

C'est en donnant les signes qui permettront de reconnaître une suppuration de ces cellules, que nous voulons préciser exactement les indications actuelles de l'ouverture de l'apophyse mastoïde.

Nons considérons, en effet, toute mastoïdite comme passible du traitement chirurgical; nous savons, du reste, que plus l'intervention est hâtive, et plus sont grandes, comme dans l'ostéomyélite aiguë, les chances de succès.

Donner les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les suppurations aiguës de l'oreille moyenne, ne signifie pas donner toutes les indications de cette ouverture. Les otologistes ouvrent souvent aujourd'hui l'antre et la caisse, établissant une large communication entre ces deux cavités et l'extérieur, dans le simple but de guérir des otorrhées anciennes, rebelles aux autres moyens, jusques et y compris l'enlèvement des osselets. Nous nous occupons seulement des suppurations récentes, c'est-à-dire des otorrhées récentes et des recrudescences aiguës des vieilles otorrhées.

Enfin, nous ne disons pas trépanation mais bien ouverture, car le mot trépanation suppose l'emploi du trépan, et personne actuellement n'a recours à cet instrument.

Il serait bien difficile d'ailleurs de savoir si, au moment où on entreprend une ouverture simple de l'apophyse, on se bornera à mettre à nu les cellules, ce qui constituait autrefois la trépanation. Les cellules peuvent être très petites, et situées profondément; elles peuvent ne plus exister et avoir été remplacées par de l'ostéite condensante. Dans ces conditions, il faudra mettre à nu l'antre et la caisse; et si l'on parle seulement d'ouverture de l'apophyse, la dénomination s'appliquera également aux différents cas.

Notre étude se divisera en trois chapitres. Le premier sera consacré à l'historique de la question. A mesure qu'on se rapproche des temps actuels, on verra les indications se multiplier, et, ce qu'on aurait pris pour de la témérité, devenir à peu près une règle, de conduite qui s'impose.

Le second chapitre donnera les indications tirées des signes extérieurs, les seules qu'on connût autrefois, celles qui sont aujourd'hui les indications d'urgence absolue.

Enfin, dans le troisième et dernier chapitre, seront mentionnées les indications rationnelles, en quelque sorte, celles dont la découverte, loin de s'imposer au premier abord, est tout entière livrée au jugement du médecin, celles enfin dont la connaissance évitera bien des accidents.

Avant d'entreprendre cette étude, qu'il nous soit permis de remercier M. le docteur Moure qui l'a inspirée, ainsi que M. le docteur Brindel qui, en nous communiquant les observations qu'il avait recueillies, nous en a montré tout l'intérêt.

Nous remercions profondément M. le professeur Piéchaud pour l'honneur qu'il nous fait de présider la soutenance de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Loin de nous l'idée de remonter aux temps hippocratiques : en l'espèce, ces recherches n'auraient qu'un médiocre intérêt.

Ce seraient Riolau (vers le milieu du XVII[e] siècle) et Jean-Louis Petit (en 1750) qui, les premiers, auraient fait l'ouverture de l'apophyse mastoïde.

En 1776, on en trouve un cas exécuté par Jasser.

En 1791, un essai infructueux de trépanation ayant été fait sur la personne d'un médecin danois, appelé Berger, dans le but de guérir une surdité ancienne ne dépendant pas d'une suppuration de l'oreille, l'opération fut abandonnée.

Itard et Wilde ne voulurent pas y avoir recours, même en cas d'abcès. Ce n'est guère qu'à partir de 1860 que l'ouverture de l'apophyse mastoïde fut remise en honneur, grâce aux travaux de Troltsch, de Forget, de Follin, de Mayer, de Jacobi, de Moos, de Hartmann, de Bezold, de Politzer et surtout de Schwartze.

Dans son traité des maladies de l'oreille, paru en 1871, Miot décrit ainsi la mastoïdite :

« Lorsque l'inflammation de la muqueuse de la caisse commence à gagner les cellules mastoïdes, le malade accuse une douleur fixe, lancinante, profonde à l'apophyse mastoïde. Les tissus qui recouvrent cet os deviennent plus épais, un peu douloureux, et, le plus souvent, la peau se colore légèrement. Bientôt les douleurs augmentent, envahissent toute la tête et troublent le ma-

lade dont le sommeil est impossible. En même temps l'empâtement des tissus augmente, la peau devient tendue, luisante..... L'apophyse mastoïde est très augmentée de volume, et, lorsqu'on l'explore avec le doigt, on sent une fluctuation manifeste produite par l'accumulation du pus qui a passé à travers une perforation de la paroi interne de l'apophyse, et a décollé les tissus qui la recouvrent ».

Pour le même auteur l'opération aurait ses contre-indications : il ne conseillait pas l'ouverture quand il existait des désordres très grands dans l'oreille interne, des cavernes tuberculeuses dans les poumons, une carie étendue du rocher, ou, quand le malade était affaibli par la souffrance et l'abondance de la suppuration.

Toutefois il l'admettait quand il y avait des symptômes indiquant l'inflammation des méninges, parce que le malade est voué la plupart du temps à une mort certaine.

Le traité des maladies de l'oreille de Politzer (traduction de Joly, Paris, 1884) parle également de la trépanation de l'apophyse mastoïde. On peut résumer ainsi les indications données par le célèbre professeur de Vienne :

On trépanera :

1° Quand l'application de glace pendant plusieurs jours, et l'incision de Wilde n'auront pas fait cesser les douleurs d'une mastoïdite accompagnant une otite moyenne suppurée aiguë;

2° Quand il y aura mastoïdite et rétention de pus dans la caisse, avec ou sans gonflement des téguments externes, si les moyens simples (incision du conduit, ablations de polypes) ne suffisent pas à ramener le libre écoulement du pus;

3° Quand la partie postéro-supérieure du conduit sera affaissée, et que l'incision de cette portion bombée n'aura amené qu'une évacuation insuffisante de l'abcès;

4° Quand il y aura, au niveau de l'apophyse mastoïde, douleur opiniâtre d'une durée de plusieurs jours et même de plusieurs se-

maines, même sans gonflement de la région mastoïdienne, si la pression au niveau de l'apophyse est particulièrement sensible;

5° Quant enfin il existera des signes indiquant la participation des méninges et du cerveau au processus inflammatoire.

« Il résulte pourtant de cette exposition, ajoute Politzer, que les indications établies dans ces derniers temps ne peuvent pas être acceptées comme solides et définitives, et qu'il faudra encore une expérience nombreuse et une étude approfondie des rapports anatomiques et anatomo-pathologiques de l'apophyse mastoïde, pour asseoir sur une base rationnelle les indications pour cette opération ».

Déjà Moure, en 1881, avait préconisé l'intervention hâtive dans le cours des mastoïdites; mais il considérait comme telle, à cette époque, la simple incision de Wilde, qui devait être faite dès qu'on observait de l'empâtement et de la rougeur au niveau de l'apophyse (*Revue de laryngologie,* n. 14, 1^er^ septembre 1881).

Au congrès de Copenhague (1884), Schwartze donnait, pour l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les otites moyennes suppurées, les indications suivantes :

1° Dans l'inflammation aiguë de l'apophyse avec rétention du pus dans les cellules, lorsque, après le traitement antiphlogistique et l'incision (Wilde), la tuméfaction œdémateuse, la douleur et la fièvre n'ont pas cessé;

2° Quand il s'est formé un abcès descendant vers la paroi postéro-supérieure du conduit;

3° Lorsque, l'apophyse étant saine extérieurement, il n'y a pas de rétention de pus dans l'oreille moyenne, mais que l'apophyse est le siège et le point de départ de maux de tête insupportables et de longue durée, et que tous les autres moyens ont échoués.

L'opération, d'après Schwartze, serait contre-indiquée quand il existe des signes de méningite secondaire ou d'abcès cérébral.

Le docteur Weeler publie la même année, dans le « *Dublin*

journal of medical sciences, octobre 1884 », trois cas de guérison rapide après trépanation. De ces observations, il conclut que l'ouverture de l'apophyse est indiquée dans les cas d'otorrhées à symptômes cérébraux qu'Itard désignait sous le nom d'otorrhées cérébrales.

Le docteur Bréchot (concours médical, 19 décembre 1885 et 9 janvier 1886) n'est pas partisan d'une intervention chirurgicale hâtive :

« On ne doit, dit-il, ainsi que le veut Schwartze, arriver à la trépanation qu'à bout de ressources. C'est aussi l'avis d'Urbantschisch et de Lowenberg. Duplay, ajoute-t-il, est partisan de la trépanation dès qu'on a acquis la certitude qu'il y a du pus dans les cellules mastoïdiennes. Le trépan n'est pas sans danger ». Pour cet auteur, dès que les cellules mastoïdiennes se prennent, il faut se contenter de surveiller les symptômes généraux et locaux, et ne trépaner qu'à la première alerte.

A la société d'otologie d'Amérique (1885), Knapp apporta deux observations d'ouverture de l'apophyse mastoïde dans lesquelles la douleur de tête très intense et unilatérale avait été le seul signe d'une mastoïdite avec pus dans les cellules.

Dans la discussion qui suivit cette communication, le docteur Sexton (de New-York) dit que la douleur n'était pas un symptôme suffisant pour affirmer que l'apophyse est envahie, et le docteur Audrews signala comme une des indications qui doivent guider le chirurgien, dans l'ouverture des cellules mastoïdiennes, l'apparition d'un gonflement du disque optique ou une névrite du nerf optique. Ce symptôme, ajouté à la douleur et à l'insomnie, constitue pour lui l'indication d'opérer.

Plus près de nous, en 1889, Bobone, au XII[e] congrès des médecins italiens, à propos d'un cas d'ouverture de l'apophyse mastoïde, développe les considérations suivantes :

1° Dans un certain nombre de cas d'otite moyenne suppurée, il

peut y avoir du pus dans les cellules mastoïdiennes sans qu'il y ait de réaction inflammatoire et de douleur du côté de l'apophyse mastoïde. Il n'y a là rien de nouveau, mais il ajoute:

2° Par contre, les douleurs violentes qui existent parfois ne sont pas une indication pour la trépanation, car elles sont dues fréquemment à la congestion de la caisse et des cellules mastoïdiennes et, par suite, la trépanation de l'apophyse ne les fait pas disparaître.

Dans sa thèse de doctorat (Paris, 1890), le docteur Grandhomme insiste sur les bienfaits du traitement hâtif :

« Le traitement curatif, mais non opératoire, dit-il (lavage de la caisse, antiphlogistiques, etc.), ne doit être appliqué que dans les cas où l'inflammation est légère et de date relativement récente. Mais si l'amélioration se fait attendre, il faut avoir recours, sans délai, à l'ouverture des cellules. L'opération ne saurait être trop hâtive. Les contre-indications, à part l'état désespéré du malade, sont à peu près nulles ».

Heiman (de Varsovie), dans un article paru en janvier 1891 dans le *Zeitschrift für Ohrenheilkunde,* est également partisan d'une intervention, même en l'absence de mastoïdite et de rétention purulente, lorsque l'écoulement est très abondant et résiste plus de deux à trois semaines au traitement ordinaire, surtout quand il existe de la fièvre. Il l'admet également quand surviennent des signes manifestes d'irritation des méninges et du cerveau, ou simplement une fièvre continue avec sensibilité de l'apophyse.

Duplay, en 1891 (Traité de chirurgie, art. *apophyse mastoïde*), vante aussi l'ouverture hâtive des cellules : « Dès que l'on a acquis la certitude de la présence du pus dans les cellules mastoïdiennes, il lui est indiqué de lui donner issue par une ouverture artificielle », quand bien même le tympan serait largement perforé, et que rien ne s'opposerait au libre écoulement du pus.

Toutefois les signes donnés par ce chirurgien pour reconnaître la suppuration des cellules sont loin d'être au complet : il ne l'admet que dans le cas où il existe à la fois du catarrhe purulent de la caisse, une douleur à la pression sur la région mastoïdienne, du gonflement de la peau au même niveau et de la tuméfaction de la partie postérieure du conduit osseux.

Dans une note parue l'année suivante (*Union médicale,* février 1892), le professeur Duplay ajoute aux signes précédents l'abondance de l'écoulement, et une issue du pus dans le conduit provoquée par la pression au niveau de la partie postérieure de l'apophyse mastoïde.

A la Société américaine d'Otologie (22 septembre 1891), Knapp donne, par une observation, la justification de l'ouverture de l'apophyse dans la simple mastoïdite congestive sans pus dans les cellules.

Deux ans plus tard, Bishop (de Chicago) insiste à son tour sur les indications de l'intervention : des maux de tête graves du côté de l'oreille malade, s'ils résistent à tout autre traitement, légitiment, à son avis, une opération.

En cas de doute, dit Bronner, à la Société britannique de médecine, août 1893, il vaut mieux opérer que s'abstenir, car il n'y a pas grand risque à opérer trop tôt, et une intervention tardive peut avoir des conséquences graves.

L'intervention hâtive, sans gonflement extérieur de l'apophyse, ne semble pas cependant être admise par tous les auteurs. En 1894, à la Société clinique de Maryland, le Dr Woods communique 41 cas d'affections mastoïdiennes; il y avait toujours des signes extérieurs d'affection osseuse; il fut fait 32 incisions de Wilde « suivies suivant le cas, a soin d'ajouter l'auteur, des autres mesures chirurgicales jugées nécessaires après cette opération ». Il en conclut qu'en l'absence de symptômes dangereux, il est inutile d'avoir recours de prime abord à l'opération radicale de l'apophyse mastoïde, ce que nous ne saurions accepter.

En 1894, au Congrès français de chirurgie, Broca publie les résultats de sa pratique personnelle, et il en conclut à l'ouverture de l'apophyse toutes les fois qu'il existe des signes indiquant la présence du pus dans les cellules mastoïdiennes, ou qu'on a affaire à une ostéite éburnante douloureuse de l'apophyse.

Lubet-Barbon et Martin ne sont pas tout à fait du même avis, et, dans une communication à la Société française d'otologie et de laryngologie, en 1894, nous trouvons le passage suivant : « L'abcès intra-mastoïdien, la clinique nous le montre tous les jours, peut se vider et guérir sans avoir été ouvert »; et plus loin « la mastoïdite est, en quelque sorte, la compagne habituelle de l'otite ».

Ces auteurs conseillent l'ouverture de l'apophyse dans le cas où, les phénomènes « devenant plus marqués du côté de l'apophyse (douleur spontanée et à la pression, rougeur et gonflement de la peau, léger degré de périostite) », la douche d'air, les réfrigérants ou les émissions sanguines n'auront pas enrayé la marche de la complication.

Tels sont les principaux travaux qui ont trait à la question qui nous occupe : on y voit les spécialistes s'enhardir graduellement à ouvrir l'apophyse, et la tendance progressive à opérer de bonne heure, avant même l'apparition de symptômes extérieurs du côté de l'apophyse. L'étude de ces symptômes formera l'élément des deux chapitres qui vont suivre.

CHAPITRE II

DES INDICATIONS EXTÉRIEURES OU LOCALES

(Indications d'urgence.)

Les signes traduisant au dehors une suppuration des cellules mastoïdes, les seuls qu'on connût autrefois, constituent ce que nous pourrions appeler les indications d'urgence. S'il y a discussion sur la valeur de tel ou tel autre symptôme subjectif que nous exposerons dans le chapitre suivant, ici l'accord est établi, et lorsque ces signes extérieurs apparaissent, l'abstention ou l'expectation doivent être regardées comme une faute grave.

Rarement, il faut bien le dire aussi, le malade, surtout dans la clientèle privée, accepte une intervention tant qu'il n'existe pas de signes palpables de l'affection mastoïdienne.

Voici comment se présente habituellement le malade chez lequel on ne saurait différer une intervention : depuis quelque temps, il a commencé à sentir dans son oreille, siège d'un écoulement ancien ou récent, des douleurs plus ou moins violentes, de préférence la nuit. Ces douleurs n'ont pas cessé depuis le jour où elles se sont établies, ou bien, au contraire, elles ont duré pendant quatre, cinq ou six jours, ont disparu une première, une seconde et même une troisième fois spontanément ou sous l'effet d'un révulsif quelconque (teinture d'iode, vésicatoire, pointes de feu) pour reparaître ensuite avec toute leur intensité, souvent même avec une intensité croissante.

Le pus, qui s'écoulait en quantité variable avant l'apparition des

douleurs, diminuait fréquemment au moment de leur recrudescence, et, inversement, augmentait d'abondance au moment de leur cessation.

Nous n'insistons pas sur les autres symptômes qu'on aurait pu noter à ce moment, et dont nous tirerons parti dans un instant. Retenons seulement comme signe objectif ces alternatives d'augmentation et de diminution dans la quantité de pus, phénomène souvent noté par le malade, et coïncidant avec la disparition ou la réapparition des douleurs auriculaires. Puis est survenu un gonflement d'abord peu important et limité aux téguments recouvrant la base de l'apophyse. Pour l'apprécier, il eût été quelquefois nécessaire de se placer en arrière du malade, et de juger par comparaison avec l'autre apophyse. Le pli auriculo-mastoïdien existe encore, mais le gonflement œdémateux ne tarde pas à s'étendre vers la pointe de l'apophyse, vers le pavillon de l'oreille, puis vers la fosse temporale et en arrière de l'apophyse.

Cette extension est parfois tellement rapide qu'en un ou deux jours l'aspect du malade a complètement changé. Toute la région périauriculaire est œdématiée, rouge, le pavillon de l'oreille est rejeté en avant, le conduit est rétréci, souvent réduit à une fente, la face est asymétrique et il eût été difficile, dans certains cas, de reconnaître une tête humaine, si l'on s'en rapporte à l'observation du docteur Strawbridge (*The Med. News,* 18 octobre 1885) : « It could scarcely be recognized a human head ».

Il suffit parfois d'un ou deux jours seulement pour voir s'établir un gonflement considérable autour de l'oreille malade.

A la pression, on constate de l'œdème sous-cutané et une douleur vive ; dans certains cas, il est même possible de sentir de la fluctuation vers la racine de l'apophyse ou un peu plus haut. C'est dans ces conditions que la pression sur l'apophyse détermine une irruption de pus dans la caisse et dans le conduit, comme on peut s'en rendre compte en nettoyant au préalable le conduit au moyen

d'une irrigation et en l'éclairant au moyen d'un spéculum au moment où s'exerce la pression digitale.

En même temps que la fluctuation, il est parfois donné de sentir une sorte de crépitation due à de petites particules osseuses qui nagent dans le pus et qui ne sont autres que de petites esquilles détachées de l'apophyse déjà perforée.

Il n'est pas très rare, surtout lorsqu'on a attendu quelques jours, de voir se développer de nouveaux abcès en dehors de la région apophysaire. En décollant le périoste de l'apophyse et en s'infiltrant dans le tissu cellulaire, le pus a fusé en un autre point de la surface du crâne ou dans la région cervicale et cet abcès à distance est simplement relié à l'abcès siégeant au lieu d'élection par une traînée d'empâtement sous-cutané.

Avant de donner la signification morbide de cet empâtement péri-auriculaire, poursuivons l'étude des symptômes extérieurs de la mastoïdite suppurée.

S'il est possible d'introduire un spéculum dans le conduit, on constatera, outre les symptômes d'une otite moyenne suppurée (pus dans le conduit, perforation du tympan, rougeur et battements dans la caisse), un affaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit qui viendra en partie en obstruer la lumière, et qui rendra plus difficile, sinon impossible, l'examen du tympan. Dans les cas exceptionnels le tympan est intact, mais il bombe et la caisse est pleine de pus. On pourrait commencer, dans ces conditions, par une simple et large myringotomie; mais si le pus a déjà amené de l'empâtement périmastoïdien, l'incision du tympan suffira rarement à arrêter la marche des accidents.

Un symptôme qui n'est pas très rare dans la mastoïdite et qui a une assez grande valeur pronostique est la paralysie faciale complète : elle est la traduction soit d'une destruction de la paroi antérieure du canal de Fallope dans la caisse et d'une inflammation consécutive du nerf de la septième paire, soit de la nécrose du massif osseux du facial dans l'apophyse, soit enfin de l'existence

d'une simple cloison membraneuse entre le nerf et la caisse par déhiscence anormale du conduit de Fallope. En résumé, la paralysie faciale indique toujours un phénomène assez sérieux : ou la violence de l'inflammation, ou la nécrose d'une portion osseuse ; aussi avons-nous raison de dire qu'elle doit être prise en sérieuse considération.

Ces différents symptômes sont toujours accompagnés de fièvre, d'état saburral des voies digestives, d'insomnie, d'inappétence et de lourdeur de tête, quelquefois de vertige.

Il va sans dire que s'il existait, en même temps que les signes dont nous venons de parler ou simplement en même temps qu'une simple otorrhée plus ou moins ancienne, des indices d'une inflammation des méninges ou de l'écorce cérébrale, d'un abcès du cerveau, d'une phlébite des sinus ou d'une pyohémie, tous symptômes qui sont trop connus pour devoir entrer dans le cadre de notre travail, le chirurgien, loin de se décourager, devrait, au contraire, tenter immédiatement un dernier effort et toujours commencer par trépaner l'apophyse.

Par là, il aurait la clef des complications cérébrales, et cette intervention suffirait quelquefois à faire rétrocéder les accidents cérébraux. S'il ne trouvait rien à l'apophyse, rien ne l'empêcherait de continuer son chemin, et d'utiliser la voie déjà ouverte pour pénétrer jusqu'à l'encéphale. On a vu des malades plongés dans le coma avant l'opération, recouvrer la santé en quelques jours, après une simple ouverture des cellules mastoïdiennes remplies de pus ; le fait est arrivé à M. le Dr Moure.

Nous dirons donc ici, comme pour la trachéotomie dans le croup : il n'est jamais trop tard pour opérer, l'opération est la seule chance de guérison.

On serait tenté de croire, à la lecture de ce qui précède, qu'il suffit de constater un quelconque des symptômes énumérés plus haut pour conclure à l'ouverture de l'apophyse. Il est bon cependant de faire observer que le gonflement péri-mastoïdien n'est

pas toujours l'indice d'une mastoïdite suppurée, et que la fluctuation que l'on observe dans le voisinage de l'apophyse n'est pas toujours engendrée par le pus qui s'est fait jour des cellules mastoïdiennes vers l'extérieur, en perforant l'os qui le recouvrait.

Il existe, en effet, une périostite apophysaire, sans suppuration des cellules, qui peut donner lieu à du gonflement, à de la douleur et à de la fluctuation au niveau de l'apophyse. Elle est rare, mais certains auteurs, entre autres Duplay, ajoutent une grande importance à faire la distinction. Ils disent, par exemple, que dans la périostite la douleur est plus vive à la pression, le pli rétro-auriculaire n'est pas conservé : cette distinction est fort subtile. Peut-être l'absence d'effondrement de la partie postéro-supérieur du conduit est-elle un signe plus certain de diagnostic. En tout cas l'erreur est facile à commettre, et mieux vaut, à notre avis, diagnostiquer une suppuration des cellules mastoïdiennes et ouvrir l'antre, alors qu'il s'agit seulement d'une périostite suppurée qu'ignorer un empyème de l'apophyse, et se contenter de l'incision de Wilde dont l'emploi a donné de si médiocres résultats. En effet, ouvrir une apophyse saine n'est pas une chose grave, je dirai même, est une excellente chose dans les suppurations de l'oreille qui provoquent des accidents, ne serait-ce qu'une simple périostite ; ne pas ouvrir une apophyse qui renferme du pus, c'est laisser une épée de Damoclès suspendue sur l'encéphale de son malade.

L'énumération des indications précédentes se trouve notée dans la majorité des observations d'ouverture de l'apophyse, au moins jusqu'à une époque très rapprochée de la nôtre. En insistant sur les symptômes moins connus et plus difficiles à apprécier qui font l'objet du chapitre suivant, nous ne craignons pas trop de nous attirer les reproches des chirurgiens français quoiqu'ils soient, en la matière, beaucoup plus timides que leurs confrères d'Allemagne, d'Amérique et d'Angleterre.

CHAPITRE III

INDICATIONS RATIONNELLES, C'EST-A-DIRE AUTRES QUE CELLES QUI SONT FOURNIES PAR LES SIGNES EXTÉRIEURS

Tous les signes extérieurs étudiés précédemment se rapportent à une collection purulente qui, non seulement remplit les cellules, mais encore a infecté les parties voisines. Ils se montrent tardivement et indiquent plutôt l'inflammation des téguments que des cellules elles-mêmes. Or la présence du pus dans l'apophyse, en si petite quantité qu'il soit, est un danger imminent.

Il est aujourd'hui bien démontré qu'on ne laisse jamais impunément une collection purulente enfermée dans une cavité close, ou communiquant difficilement avec l'extérieur par un orifice trop étroit. Dans l'ostéomyélite, ne serait-ce pas l'idéal d'ouvrir de suite que le pus est formé, et doit-on attendre pour cela l'empâtement, la fluctuation, la perforation des téguments, l'élimination des séquestres?

Ici, plus qu'en tout autre endroit du corps, le danger est pressant, car, s'il arrive que le pus, dans certaines circonstances, cherche à créer lui-même sa voie vers les téguments et qu'il y réussisse, dans bien des cas, malheureusement, la résistance qu'il trouve est trop sérieuse; il franchit le point le plus faible de la cavité et s'échappe vers l'encéphale, le sinus latéral ou même les gros vaisseaux de la région, jugulaire et canal carotidien.

Ce n'est pas seulement par pression excentrique ou par nécrose de la surface osseuse que le pus envahit les organes voisins. Bien qu'il y ait libre écoulement par les voies naturelles (canal

tympano-mastoïdien, tympan et conduit auditif), il faut ne pas oublier qu'il existe des canaux lymphatiques et vaisseaux sanguins mettant directement en communication les diverses cavités voisines (cellules et caisse d'un côté, crâne, canal carotidien, fosse jugulaire de l'autre).

L'infection passe facilement de l'une à l'autre, provoque des accidents à distance, si bien qu'il n'est pas toujours facile de suivre les lésions de leur point de départ à leur terminaison. En lisant avec soin notre observation I, on verra que les méninges en contact avec le rocher malade, de même que la portion d'encéphale correspondante étaient complètement indemnes, et que les lésions méningo-encéphaliques avaient un siège éloigné du point de contamination.

Cette observation ne nous prouve-t-elle pas jusqu'à l'évidence que le pus dans les cellules mastoïdiennes n'est pas seulement dangereux au point de vue de la quantité, mais par sa présence seule et qu'il doit être évacué le plus tôt possible?

Quels sont maintenant les signes qui nous permettront de reconnaître la suppuration ou du moins l'inflammation aiguë des cellules?

La douleur est un symptôme dont il faut tenir le plus grand compte. C'est quelquefois le seul phénomène traduisant la formation du pus. La douleur à la pression sur l'apophyse, immédiatement au-dessus de la spina supra meatum, fait rarement défaut, même, et cela a une très grande importance, quand il n'existe aucune marque apparente d'inflammation des téguments.

Il faut néanmoins se garder de confondre cette douleur avec celle qui serait due à une simple otite externe, ou celle qui devrait être rapportée à une irritation du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien. Dans la première hypothèse, le conduit est tuméfié, les mouvements du pavillon sont douloureux, mais l'os, à proprement parler, n'est pas sensible.

Quand il s'agit d'une myosite du sterno-cléïdo-mastoïdien, il existe toujours en même temps un peu de raideur du cou, de la douleur se manifestera lorsqu'on appuiera sur les attaches du muscle, au niveau du sillon qui leur est destiné à la face postérieure de l'apophyse.

Enfin une troisième cause d'erreur provient d'une névrite du facial, qui peut dépendre, elle aussi, comme l'otite externe et la myosite, d'une otite moyenne suppurée; mais, dans ce cas, la sensibilité se révèle à la sortie du nerf, au voisinage du trou stylo-mastoïdien, et correspond à la dernière molaire du côté malade.

La douleur à la pression n'est pas celle qui tourmente le plus le malade, car il ne la découvre en quelque sorte que par hasard : les douleurs spontanées sont autrement violentes et quelquefois intolérables. Elles ont leur siège au niveau de l'apophyse, mais ne tardent pas à rayonner autour du point affecté. Toute la moitié correspondante de la tête et du cou est bientôt douloureuse.

Deux points surtout se font remarquer par la violence des sensations pénibles éprouvées à leur niveau : ils se trouvent situés sur une même ligne verticale passant par la moitié postérieure de l'apophyse. L'un occupe le sommet de la ligne vers l'extrémité du temporal; le second est voisin de la spina supra meatum; il est situé un peu en arrière, et au dessus du lieu d'élection pour la trépanation de l'apophyse; il correspond au sinus latéral.

Nous avions déjà mentionné l'existence de ces douleurs spontanées au début du chapitre précédent, mais nous n'en avions indiqué ni le siège, ni la portée clinique. Leur signification est très nette, et on doit toujours se méfier d'une otorrhée qui devient douloureuse. Les douleurs spontanées annoncent toujours, soit une inflammation vive des tissus osseux, soit la suppuration au niveau des cavités de l'apophyse, et une tendance à la propagation du processus inflammatoire ou purulent vers la cavité crânienne.

Toutefois, nous ne voudrions pas exagérer la valeur de ce symptôme, et ce n'est que sa persistance au delà de sept à huit jours qui pourra le faire considérer comme une indication précice d'opérer. On a vu, en effet, des douleurs vives, dépendant réellement d'une ostéite de l'os, céder rapidement à une application de vésicatoire, de pointe de feu, ou à une réfrigération continue, ce qui prouve que l'inflammation peut rétrocéder dans certaines circonstances.

Nous croyons pouvoir apporter une restriction, en ce qui concerne la résolution de l'ostéite apophysaire, dans les maladies infectieuses. Rarement une otorrhée, ayant cette origine, et donnant lieu à de la mastoïdite, se terminera sans nécessiter une opération.

L'insomnie, les cauchemars, l'inappétence, la fatigue générale, la douleur de tête accompagneront souvent la cephalalgie, et contribueront à affaiblir le malade, c'est-à-dire à diminuer sa résistance à l'invasion microbienne qui gagne du terrain.

L'insomnie et les cauchemars sont fréquemment les premiers indices d'une irritation des méninges et, s'il vient s'adjoindre à eux des phénomènes tels que frissons, fièvre continue, agitation nocturne ou délire, un peu de constipation, de petits mouvements fibrillaires dans les muscles, quelques soubresauts des tendons, il sera indiqué d'ouvrir l'apophyse, et de l'ouvrir rapidement, si on ne veut pas voir se constituer une méningite à peu près fatale.

Un autre symptôme dont il faut tenir grand compte est l'abondance de l'écoulement purulent par le conduit. S'il n'y a en même temps ni fièvre ni douleur spontanée ou à la pression sur l'apophyse, on pourra pratiquer de l'expectation armée, c'est-à-dire épuiser tous les moyens médicaux dont on use à l'égard d'une otite suppurée vulgaire (lavages fréquents par le conduit avec un antiseptique faible, lavages par la trompe, et même directement dans la caisse au moyen de la canule de Hartmann, révulsifs sur l'apophyse).

Tous ces moyens échoueront souvent, et, si leur emploi n'amène pas dans une huitaine de jours une diminution notable de l'écoulement, même en dehors de tout autre symptôme inquiétant, nous conseillerons l'ouverture de l'apophyse, à plus forte raison s'il survient de la douleur ou de la fièvre.

Nous possédons, du reste, d'autres moyens de reconnaître le pus dans l'apophyse, mais aucun d'eux n'a une valeur pathognomonique, car il suppose une conformation normale des cellules mastoïdiennes, ce qui n'est certainement pas une règle absolue.

Normalement, en effet, il existe, à la base de l'apophyse, une grande cavité vide communiquant avec la caisse au moyen du canal tympano-mastoïdien. Cette cavité, ou grande cellule, autrement dit encore l'antre mastoïdien, ne renferme que de l'air et sa périphérie est tapissée par une muqueuse qui fait suite à celle de l'oreille moyenne.

L'antre communique lui-même avec des cavités plus petites rayonnant autour de lui, séparées entre elles par de simples cloisons osseuses incomplètes, si bien que souvent ces cavités sont à leur tour remplies d'air.

Si, dans ces conditions, on vient à percuter l'apophyse, on obtiendra une certaine sonorité très appréciable à l'oreille. Si, d'autre part, on vient à placer une source lumineuse intense directement sur l'apophyse et qu'on regarde le conduit au moyen d'un spéculum, les rayons lumineux traverseront l'apophyse et éclaireront le conduit auditif externe : c'est ce qu'on désigne sous le nom d'éclairage par transparence de l'apophyse. La source lumineuse dont on se sert est une lampe électrique protégée par un manchon ou cylindre ouvert seulement à une de ses extrémités.

Toujours dans les mêmes conditions, si, comme Okeuneff l'a conseillé dans le « *Wratch,* n^os^ 48 et 49, 1893 », on met son oreille en communication avec l'apophyse mastoïde d'un homme sain, au moyen d'un tube en caoutchouc, dont une des extrémités

est placée dans l'oreille du médecin et l'autre adaptée à un spéculum de Politzer appliquée sur l'apophyse normale, et qu'on appuie un diapason en vibration sur le vertex du patient, on entendra un son clair dû à la transmission des vibrations à travers la paroi osseuse.

Supposons maintenant que les conditions soient changées, et qu'au lieu d'avoir affaire à une apophyse creusée de cavités remplies d'air, on se trouve en présence d'un os dont les interstices sont comblées par un liquide purulent et par conséquent opaque et épais. Qu'adviendra-t-il?

La percussion donnera d'abord de la matité absolue, l'éclairage par transparence sera négatif, en d'autres termes, le conduit ne sera plus éclairé, enfin le son du diapason sera entendu beaucoup plus sourdement.

On ne saurait s'entourer de trop de précautions. La connaissance de ces trois données peut rendre quelques services. Il ne faudrait pas cependant ajouter une confiance absolue aux renseignements qu'elles procurent, baser un diagnostic, ni formuler des indications, en s'en rapportant exclusivement à elles; car il arrive assez fréquemment, surtout dans les otorrhées anciennes et qui ont provoqué des poussées successives avec douleur aiguë, que les cavités se sont comblées peu à peu par ostéite proliférante, et qu'on n'a plus affaire qu'à un os dur, compact, éburné.

Cet os formant corps solide, on aura de la matité à la percussion, un défaut d'éclairage par transparence et une modification considérable dans la transmission des vibrations du diapason.

N'avions-nous pas raison de dire qu'on devait faire des réserves sur chacun de ces symptômes en particulier et qu'aucun d'eux n'était pathognomonique?

Au cours de la description de ces dernières indications, nous avons dit qu'en certains cas on pouvait attendre avant de prendre le bistouri; nous désirons ajouter quelques mots sur cet ordre d'idées.

Si chaque malade était soigné dès le début de son affection mastoïdienne, nous ne doutons pas que les soins médicaux eussent assez souvent raison de cette inflammation. A ce moment, le pus n'est pas encore formé, il n'y a que de la congestion de la muqueuse et de l'os ; le canal tympano-mastoïdien est encore libre, n'est pas encore obstrué par la tuméfaction de l'os et de la muqueuse ; rien ne s'oppose à admettre qu'en faisant une forte révulsion sur les téguments, en nettoyant soigneusement la caisse au moyen d'une injection poussée par la trompe ou la canule de Hartmann, on arrive à enrayer le mal. L'agrandissement de l'ouverture du tympan afin de faciliter l'évacuation du pus, des lavages fréquents dans la caisse, aideront puissamment à obtenir ce résultat. Ce sont là, du reste, des soins à donner à une mastoïdite au début : ils sont souvent inefficaces, mais sans danger.

Malheureusement, le mal est déjà grand quand on a recours à l'homme de l'art. Telle est la raison pour laquelle on s'étonne qu'un médecin éclairé propose une assez grosse intervention, comme l'ouverture de l'apophyse, alors qu'il n'y a rien d'apparent à l'extérieur. C'est aussi pour cela que, ainsi que nous le disions au début, un grand nombre d'otorrhéiques meurent encore chaque année des complications d'une suppuration de l'oreille trop longtemps négligée.

Ci-joint six observations dont cinq sont empruntées à la clinique dirigée par M. Moure à la Faculté de médecine. La première a été recueillie dans le *Bulletin de la Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux* où M. Brindel en a fait la publication.

Chacun des symptômes relatés dans ces observations aurait pu servir d'argument pour la thèse que nous soutenons ; mais nous n'y avons point eu recours, car il aurait fallu citer les nombreuses observations publiées par les spécialistes français et étrangers dont on trouvera mention dans notre index bibliographique.

OBSERVATION I

Communiquée par M. Brindel à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 15 janvier 1894 (*Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol.* Tome XV, 1894).

Méningo-encéphalite diffuse aiguë consécutive à une otite moyenne suppurée Mort. Autopsie.

Résumé : Un jeune homme de 18 ans meurt le 13 janvier 1894 à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. Dubourg avec tous les signes d'une méningite aiguë.

Entré dans une salle de médecine depuis une huitaine de jours pour céphalalgie intense et vomissements avec fièvre, le malade vit survenir trois ou quatre jours après un écoulement de pus par son oreille droite et offrit bientôt des phénomènes méningitiques qui nécessitèrent son transfert dans une salle de chirurgie.

Un vésicatoire avait été appliqué sur l'apophyse du côté malade, dans la salle de médecine. Il n'existait ni sur l'apophyse, ni autour d'elle aucune infiltration des téguments. La douleur était-elle due à l'excoriation produite par le vésicatoire sur la peau, ou bien fallait-il l'attribuer à une ostéite de l'apophyse ? C'est ce qu'il n'était pas possible de déterminer.

Percussion du crâne peu douloureuse. Céphalalgie intense. Aucune lésion du facial à droite.

Délire bruyant, accusé surtout la nuit, avec cris plaintifs, photophobie, hyperesthésie cutanée, mâchonnement, raideur des membres et des muscles de la nuque, contractions assez fréquentes et limitées des élévateurs de la lèvre supérieure, du Risorius de Santorini et des zygomatiques gauches, contractions intermittentes des doigts de la main gauche et du grand pectoral du même côté, paralysie complète de la vessie, constipation opiniâtre, rétraction du ventre en bateau, pouls rapide. T. 38,6. Pupilles égales et réagissant à la lumière. Plus de vomissements. Rien aux poumons ni aux autres organes.

Tels étaient les signes constatés chez ce malade à son entrée à la salle de chirurgie, le 11 janvier.

Le lendemain mêmes signes. T. 40°. Délire en partie disparu. Calme relatif. De la glace fut appliquée sur la tête du malade.

Le soir, coma. Trois ou quatre convulsions généralisées aux quatre membres et d'une durée de quelques secondes chacune et mort le lendemain matin, 13 janvier.

La nécropsie fut pratiquée le lendemain.

L'apophyse mastoïde ouverte avait ses cellules peu volumineuses assez profondes et remplies de pus.

La dure-mère était très congestionnée sur toute l'étendue de la face externe du cerveau. Pas d'abcès, pas de phlébite des sinus. La portion de cette membrane qui recouvrait le rocher du côté malade était saine et ne se différenciait en rien de celle du côté opposé.

Il existait de la rougeur en plusieurs points des circonvolutions de la face externe du cerveau notamment au niveau des trois quarts antérieurs des circonvolutions frontales des deux côtés, sur l'extrémité inférieure des frontale et pariétale ascendante droites et plus encore au-dessous de la scissure de Sylvius du même côté.

De ci, de là, sur la face externe des circonvolutions rolandiques, au confluent des deux scissures, entre l'arachnoïde et la pie-mère, on notait une collection d'une ou deux gouttelettes de liquide blanchâtre sans changement de coloration sur la portion d'écorce voisine.

Le pus des cellules et celui qui constituait les gouttelettes dont nous venons de parler renfermaient des pneunocoques en grand nombre et des streptocoques.

OBSERVATION II

Communiquée par M. le Dr Moure.

Erysipèle de la face. Otite moyenne suppurée aiguë gauche consécutive. Ouverture de l'apophyse. Guérison.

Léonie L..., 20 ans, couturière, était entrée à l'hôpital Saint-André, salle 21, dans le service de M. le professeur Arnozan, le 23 octobre 1894, pour érysipèle de la face.

Cette affection dura trois semaines et fut des plus graves. On dut la traiter par les bains froids, en raison de l'élévation constante et par trop considérable de la température.

Huit jours après le début de son érysipèle, la malade commença à se plaindre de son oreille gauche où elle éprouvait des élancements, surtout la nuit. Huit jours encore après, c'est-à-dire en pleine période active de l'érysipèle, il survint une otorrhée abondante : le tympan était perforé en avant et en bas et le pus s'écoulait librement au dehors. Un vésicatoire fut appliqué sur l'apophyse mastoïde au niveau de laquelle existait de l'empâtement, de la rougeur de la peau et des douleurs profondes; mais il était impossible de savoir s'il s'agissait là d'une mastoïdite ou même d'une simple périostite, car la face tout entière, ainsi que le cuir chevelu était œdématiée et douloureuse au toucher.

Bientôt les douleurs mastoïdiennes disparurent de même que l'empâtement et la malade allait beaucoup mieux, même en apparence. 15 jours se passèrent ainsi; il existait une otorrhée abondante, l'érysipèle avait disparu; la peau de la face avait presque cessé sa desquamation, la malade ne souffrait plus. Puis les mêmes symptômes se produisirent, il survint de la douleur à la pression au niveau de la pointe de l'apophyse et bientôt après un empâtement périmastoïdien très accentué.

Le pavillon de l'oreille était fortement projeté en avant, le conduit droit œdématié; il était impossible d'apercevoir le tympan. Léonie L... souffrait atrocement dans tout le côté gauche de la tête, le soir elle avait de la fièvre et la nuit l'insomnie était totale. Il suffit de trois jours pour amener cet état.

L'ouverture de l'apophyse s'imposait, elle fut acceptée par la malade et exécutée par M. le Dr Moure à sa clinique le 28 novembre.

Après incision des téguments, le périoste recouvrant l'apophyse est écarté mais la mise à nu de l'os est immédiatement suivie de l'issue de quelques gouttes de pus venant de l'intérieur de l'apophyse. La curette enlève sans effort une mince lamelle osseuse, au lieu d'élection de l'ouverture et l'on découvre ainsi une cavité assez étendue remplie de pus et de fongosités. Celles-ci sont curetées avec soin. Un tampon imbibé de chlorure de zinc

est placé dans la cavité qu'un drain fait communiquer avec l'extérieur.

Dès le surlendemain de l'opération, la malade s'est levée, car elle n'a plus souffert dès le soir même.

La tuméfaction disparaît en trois à quatre jours. On fait des lavages quotidiennement, puis tous les deux jours.

Bien que la malade ne souffre pas, le trajet est long à se cicatriser; on est obligé de le cureter plusieurs fois et chaque fois la curette ramène de petites esquilles osseuses.

Au 26 janvier, la cicatrisation n'est pas encore complète; on se contente de laver doucement la plaie et dans les premiers jours de février, toute trace de suppuration a disparu, tant au niveau du conduit que par le trajet mastoïdien.

L'audition est restée assez bonne du côté malade.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. Brindel, aide de clinique à la Faculté).

Atrésie congénitale du conduit auditif. Otite moyenne suppurée aiguë. Incision de Wilde. Ouverture spontanée de l'apophyse. Curettage. Guérison.

Mme X..., 45 ans, n'a jamais entendu du côté gauche. Elle se plaint de souffrir de l'oreille du même côté depuis 15 jours.

Il y a 3 semaines environ elle a remarqué qu'un peu de pus s'écoulait du conduit auditif. Dès qu'elle a souffert, elle est venue consulter M. le Dr Moure, à la clinique de la Faculté.

Cette dame se présente avec un conduit à peu près obstrué par suite d'une atrésie congénitale et du boursouflement des parois.

On ne peut se rendre compte de l'état de la membrane du tympan à cause des dimensions du conduit sur le plancher duquel une incision longitudinale est faite à la première consultation.

Deux jours après la malade revient, mais son état s'est aggravé.

Il existe alors de la tuméfaction au niveau de la région temporale. L'apo-

physe n'est ni empâtée ni douloureuse, mais on sent de la fluctuation très manifeste en arrière du pavillon de l'oreille, dans la portion correspondante à la moitié supérieure du conduit auditif.

On fait sur le champ une incision de Wilde qui donne issue à un pus assez abondant. Dans le fond de la plaie apparaît un os dénudé, mais sain, de la largeur d'une pièce d'un franc.

Les douleurs auriculaires et la céphalalgie disparaissent ainsi que le gonflement, mais dans les jours suivants le trajet ne se cicatrisant pas, on introduit un stylet dans la profondeur pour explorer l'os, et il pénètre dans l'apophyse mastoïde, 26 janvier.

Il s'était donc fait une perforation spontanée de cet os, ce qui explique la disparition des symptômes aigus. On fait séance tenante l'analyse des urines, et on y découvre une quantité considérable de sucre : on avait affaire à une diabétique.

Un stylet introduit dans le conduit pénètre assez profondément, traverse la portion atrésiée, et montre ainsi que l'imperforation n'est pas totale.

M^me^ X... étant très courageuse, la plaie primitive rétro-auriculaire est agrandie sur le champ, et, l'ouverture, élargie au moyen d'une curette tranchante, donne issue à une assez grande quantité de pus.

La perforation s'était du reste faite spontanément au lieu d'élection, et les cellules mastoïdiennes étaient réunies en une seule cavité de dimension assez considérable.

La cavité est curetée et touchée au chlorure de zinc.

Depuis ce jour, il est fait des lavages réguliers à l'eau boriquée quotidiennement, les cellules sont drainées, le pus diminue rapidement, et un mois après l'intervention dernière la guérison était totale et définitive.

La malade a été suivie pendant quelque temps. Elle a refusé toute intervention destinée à augmenter le calibre de son conduit auditif.

OBSERVATION IV

(Communiquée par M. Brindel, aide de clinique à la Faculté).

Otite moyenne suppurée aigue, influenzique. — Ouverture de l'apophyse mastoïde. — Guérison.

Mme veuve X..., 33 ans, a eu l'influenza dans le courant du mois de janvier 1895. Quelques jours après son rétablissement se déclare une suppuration de l'oreille droite.

L'écoulement se continue pendant les mois de février et de mars, et d'une façon assez abondante, sans que la malade y prête une grande attention.

Vers le commencement d'avril survient une cessation brusque de l'écoulement, s'accompagnant de céphalalgie intense pendant cinq à six jours. Au bout de ce temps, l'écoulement reprit de plus belle et les douleurs disparurent. Une seconde fois, les mêmes phénomènes se reproduisirent, c'est-à-dire que le pus cessa de couler pendant quelques jours, et la malade endura de violents maux de tête.

Pour la deuxième fois, le pus coula plus abondant et la céphalalgie disparut.

Mais, depuis quinze jours, l'écoulement est à peine marqué, et la malade souffre beaucoup. Elle ne peut dormir la nuit. Elle a des cauchemars qui l'empêchent de reposer, et ressent des battements violents dans l'oreille droite.

Depuis huit jours est apparue une légère tuméfaction un peu au-dessous de la pointe de l'apophyse. Cette tuméfaction augmentant un peu, Mme veuve X... se présente à la clinique des oreilles, larynx et nez, le 26 avril 1895.

On constate qu'elle est atteinte d'une otite moyenne suppurée aiguë à droite. Il existe une très petite perforation du tympan, immédiatement en arrière de la pointe du marteau, et de la tuméfaction au lieu indiqué plus haut.

Séance tenante, il est fait, près du cadre tympanique et sur la membrane, une large incision qui ne donne issue qu'à une petite quantité de pus.

Les jours suivants, la céphalalgie persistait malgré les lavages réguliers.

Le 3 mai, Mme veuve X... revient. Sa tuméfaction rétro-auriculaire est plus considérable; elle empiète sur la pointe de l'apophyse. La peau est rouge, œdématiée, la douleur est vive à la pression, au niveau de la pointe de l'os. L'insomnie est totale.

On fit entrer la malade à l'hôpital Saint-André, salle 1, dans le service de M. le Dr Dubourg.

A l'incision des téguments, il s'écoula du pus en assez grande abondance au niveau du point tuméfié. L'apophyse paraissait saine. Néanmoins elle fut attaquée à la gouge et au maillet dans son lieu d'élection; il suffit d'enlever une couche osseuse ne dépassant pas deux millimètres pour mettre à nu la grande cellule, très agrandie et remplie de pus et de fongosités.

Un lavage soigneux est fait, la curette enlève les fongosités, et un tampon imbibé de chlorure de zinc au trentième est promené dans la cavité. Celle-ci fut drainée ainsi que le foyer purulent sous-cutané.

Dès le soir, la malade éprouvait un mieux sensible, elle put dormir dans la nuit, ne souffrit plus, et sortit de l'hôpital le 7 mai, c'est-à-dire trois jours après son opération.

Pansée à la clinique tous les deux, puis tous les trois jours, elle vit bientôt arriver sa guérison totale. Quant elle revint, le 17 mai, elle n'avait pas vu de pus depuis trois jours. Sa guérison s'est maintenue et l'audition est restée bonne.

Il a donc suffi de neuf jours pour obtenir la guérison.

OBSERVATION V

(Communiquée par M. le Dr Moure).

Otite moyenne suppurée. Ouverture de l'apophyse mastoïde droite. Guérison.

Le sieur X..., 34 ans, est entré à l'hôpital Saint-André, le 10 août 1895 pour un écoulement d'oreille très abondant et des douleurs violentes dans la tête.

A l'âge de 28 ans, il a eu, sans cause connue, une première crise épileptiforme, pendant une halte, au régiment où il accomplissait une période de 28 jours.

Depuis lors, ce malade a eu plusieurs crises, avant lesquelles il s'aperçoit qu'il va tomber, et a le temps de s'asseoir. Celles-ci débutent par des mouvements spasmodiques généralisés à tout le corps (c'est lui qui le raconte) et il lui arrive assez fréquemment, quand la crise a cessé, de marcher pendant 2 ou 3 heures sans savoir où il est.

Depuis 7 mois, X... n'avait eu aucune crise; la dernière date du 4 août, et cette fois il s'est mordu la langue, ce qui ne lui était jamais arrivé jusque-là. Il présente encore des ecchymoses sublinguales. Tout porte à croire qu'il s'agit bien là d'accidents d'épilepsie.

Le 6 août, ce malade a été pris, sans symptômes prémonitoires, sans coryza ni pharyngite antérieurs par conséquent, d'un écoulement de pus très abondant à l'oreille droite.

A ce moment, il n'éprouvait aucune douleur; mais le lendemain, 7 août, se déclare un mal à la tête intense dans tout le côté droit, autour de l'oreille Le 8 et le 9 août, même état, qui détermine le malade à consulter un spécialiste.

Le 9 août, X... se présente à la clinique des maladies des oreilles, du larynx et du nez, dirigée à la Faculté de médecine par M. le Dr Moure.

On constata une otorrhée très abondante, aiguë, non fétide, et un point douloureux à la pression, au sommet de l'apophyse mastoïde. Aucun gonflement de cet os.

L'hémi-céphalalgie, le point douloureux apophysaire et l'abondance de l'écoulement purulent éveillèrent immédiatement l'attention sur l'existence d'une mastoïdite et firent conseiller au malade d'entrer à l'hôpital Saint-André.

Rien ne s'opposait cependant à la libre sortie du pus : la perforation, de dimension assez grande, siégeait à la partie postéro-inférieure du tympan; il n'y avait pas encore d'effondrement du conduit, mais la percussion de l'apophyse donnait une légère matité par rapport à celle du côté opposé.

Le malade entra à l'hôpital le 10 août. Le 11, il revint à la clinique. On lui fit un lavage par la trompe avec de l'eau boriquée tiède : l'eau s'écoulait à peine goutte à goutte par le méat. Des pointes de feu profondes furent également faites sur l'apophyse le même jour.

Les douleurs, loin de se calmer, ne firent que s'aggraver. La nuit, le malade ne dormait pas. Des lavages nombreux étaient pratiqués dans le conduit, et, malgré cela, le pus continuait à couler à flot.

Le 16, on vit apparaître un peu d'affaissement de la paroi postérieure du conduit. Il existait toujours un point douloureux à la pression sur l'extrémité inférieure de l'apophyse. Rien du côté du facial; pas le moindre gonflement mastoïdien.

Le Dr Moure proposa une opération qui fut acceptée par le malade, et exécutée à la clinique le 17 août au matin.

Après incision des tissus mous suivant le pli rétro-auriculaire, le périoste fut écarté et l'apophyse, ainsi dénudée, parut extérieurement complètement saine. Elle fut néanmoins attaquée à la gouge et au maillet au lieu d'élection, en arrière au rebord du conduit, immédiatement au-dessous de la spina supra meatum, dans la partie correspondante à la moitié supérieure du conduit.

Après deux ou trois coups de gouge, M. Moure découvrit quelques gouttes de pus dans une petite cellule superficielle, mais il était de toute évidence qu'on ne se trouvait pas encore dans la grande cellule. On continua à sculpter l'os par petits coups, et on parvint bientôt dans cette grande cellule qui était remplie d'un pu crémeux bien lié, sans odeur, et qui ne renfermait pas trace de fongosités. Un lavage débarrassa l'intérieur de l'apophyse du pus qu'elle renfermait; les parois furent touchées avec une solution de chlorure de zinc au 1/30, et la cavité osseuse drainée au moyen d'un drain en caoutchouc.

Un point de suture au-dessus, l'autre au-dessous du drain, réunirent les bords de la plaie. Pansement.

Dès le soir, les douleurs disparurent. Pas de fièvre. Le malade put dormir dans la nuit.

18 août : Etat très bon. Changement des pièces extérieures de pansement, car il existe un suintement sanguin, qui a rougi la bande en un point. Lavage boriqué du conduit.

19 août : Le malade se lève. Il a bon appétit et ne souffre plus.

20 août : Pansement, lavages par le drain et le conduit. Ecoulement de pus beaucoup moins abondant.

24 août : On enlève les deux points de suture. Le malade sort de l'hôpital. Il vient se faire panser à la clinique deux fois par semaine. Le drain est enlevé après que l'oreille ne coule plus, c'est-à-dire le 8 septembre.

15 septembre : Cicatrisation complète du tympan et de l'apophyse. Audition bonne.

OBSERVATION VI (personnelle).

Recueillie à la clinique otologique de la faculté de Bordeaux.

Otite moyenne suppurée aigue gauche. Ouverture de l'apophyse mastoïde. Guérison.

M^lle^ X..., 22 ans, entre salle 21 à l'hôpital Saint-André, le 30 octobre 1895, pour céphalalgie accompagnant une otorrhée récente.

Elle souffrait de l'oreille gauche et des dents du même côté depuis trois mois environ. L'otalgie était probablement la conséquence de l'odontalgie.

Elle a remarqué qu'elle devenait de plus en plus sourde depuis quinze jours. Il y avait quatre jours qu'un léger écoulement purulent s'était déclaré à l'oreille gauche, quand la malade s'est présentée à l'hôpital Saint-André.

Depuis ces quatre jours, elle souffrait de douleurs atroces dans tout le côté gauche de la tête ; elle ressentait des élancements dans l'oreille ; il lui était impossible de dormir.

Rien extérieurement à l'apophyse, si ce n'est une sensibilité assez vive à la pression au niveau de la pointe de cet os, près de l'insertion du sterno-cleido-mastoïdien.

Le tympan était rouge, perforé dans son quadrant inférieur, mais le conduit paraissait indemme.

En présence de l'insomnie de la malade, et des douleurs intolérables qu'elle ressentait, bien que la perforation du tympan fût assez grande et dans un point déclive, et malgré l'absence d'effrondement du conduit, M. le docteur Moure n'hésita pas à proposer une ouverture de l'apophyse.

Il existait du reste de la matité à l'apophyse; l'éclairage par transparence n'a pas été recherché.

L'opération, acceptée par la malade, fut exécutée par M. Moure, le 31 octobre à la clinique.

Incision des parties molles suivant le sillon rétro-auriculaire, dénudation de l'apophyse avec le détache-tendon. L'apophyse paraît saine.

L'os est attaqué au lieu d'élection à la gouge et au maillet.

Après avoir traversé une épaisseur de 1 centimètre et demi, on arrive sur la grande cellule, qui est du reste peu volumineuse, mais qui se trouve exactement remplie d'un pus à demi-concret : ce qui donne à supposer que la sécrétion purulente était peut-être plus ancienne qu'on ne le pense, au niveau de la grande cellule.

Après nettoyage et badigeonnage au chlorure de zinc au 1/30, drainage de la cavité; deux points de suture, l'un au-dessus, l'autre au-dessous du drain, réunissent les téguments. Pansement sec.

1er novembre : La malade n'a pas souffert cette nuit. Elle a dormi. Apyrexie. Changement des pièces extérieures de pansement et lavage du conduit.

5 novembre : La malade sort de l'hôpital et vient se faire panser à la clinique. Il est fait deux pansements par semaine. La sécrétion purulente diminue de plus en plus.

21 novembre : On met un tout petit drain.

24 novembre : Le drain est retiré. Plus d'écoulement purulent. La plaie est complètement cicatrisée quand la malade revient se montrer, c'est-à-dire le 10 décembre. L'audition est bonne du côté qui avait été affecté. Le tympan est réparé.

CONCLUSIONS

1° L'ouverture hâtive de l'apophyse mastoïde, dans les mastoïdites consécutives aux otites suppurées aiguës, est appelée à abaisser le chiffre de la mortalité due à cette affection ;

2° Elle est indiquée toutes les fois qu'il y a rétention de pus dans l'apophyse ou congestion prolongée des tissus osseux de cet os.

3° La présence du pus dans l'apophyse se traduit par des symptômes extérieurs seuls connus autrefois : douleurs accompagnées d'alternatives dans l'augmentation et la diminution de l'écoulement purulent, gonflement péri-mastoïdien, fluctuation, affaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit, gonflement du disque optique, quelquefois névrite du nerf optique, paralysie faciale, méningite, abcès du cerveau, phlébite des sinus ou pyohémie.

4° Il existe d'autres indications que celles qui se voient extérieurement ; elles peuvent être isolées ou associées. Ce sont : la douleur, l'insomnie, l'agitation nocturne, le délire, l'abondance de l'écoulement purulent, la matité de l'apophyse, le résultat négatif de son éclairage par transparence, enfin sa moindre conductilité des vibrations du diapason.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr PIÉCHAUD.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 13 mai 1896,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BACON. — Cas d'otite moyenne purulente aiguë, dans lequel il a fallu ouvrir les deux apophyses mastoïdes et qui a été compliqué, en outre, de fièvre typhoïde. Guérison. *New-York. Ese and Ear infirmary raport*, volume I, 1re partie, janvier 1893.

BISHOP (de Chicago). — Indicat. et méthodes les meilleures pour les opérations mastoïdienne, C. R. du Congrès méd. am., *Revue de laryng.*, n° 23 décembre 1895, p. 1041.

BOBONE. — Considérat. sur un cas de trépan. de l'apophy. mast. XIIIe Congrès de médecine.

BRÉCHOT. — Trépanation mast. dans le trait. de l'ot. moy. sup. *Concours médical,* 19 décembre 1885 et 9 janvier 1886.

BRINDEL. — Méningo-encéph. diff. aiguë consécutive à une otite moy. supp. *Bull. Soc. anatomie Bordeaux,* 15 janvier 1894.

BROCA. — Abcès otitique du cerveau, *Bull. méd.*, n° 24, 1894.

BRONNER. — Note sur 60 cas d'aff. de l'apoph. mast. dans lesquels l'antre a été ouverte. Soc. Britan. de méd., août 1893, *Revue de laryng.*, n° 2, 15 janvier 1894.

BRONNER. — Trois cas de mastoïdite avec douleur comme seul symptôme *Lancet,* 1894, p. 1192.

BROSE (d'Evanshille). — Ouverture des cell. mast. dans infl. aig. oreille moy. C. R. du Congrès méd. amér., sept. 1893, *Revue laryng.*, n° 23, 11 décembre 1895.

BUCK. — Cas d'infl. aiguë de l'oreille moy. terminée par périph. purul. du sinus latér. opération, guérison. *Med. Record,* 30 juin 1894.

CLARKE. — Obs. sur les supp. aiguës cellules mast. *Lancet,* 14 juillet 1896.

CHENIEUX. — Trépanation de l'ap. mast. *Echo médical,* 6 octobre 1888.

DUPLAY. — Traité de chirurgie, 1891.

ENLENSTEIN. — Valeur diagnostic de la percussion de l'apophy. mast. *Monatsschr. f. Ohrenkeclk.,* mars 1894.

FROTHINGHAM. — Indicat. de la trép. de l'apop. mast. *Medic. record,* 6 sept. 1887.

GARNAULT. — Les maladies infl. dans leurs rapp. avec les maladies de l'oreille, *Sem. médicale,* nº 1, 1894.

GLEASON. — Suppur. de l'apoph. mast., *Méd. bulletin,* mai 1894.

GOUDZ. — Aff. mast., *New-York, med. journal,* 1er sept. 1894.

GOSSE. — Otorrhée avec perfor. Infl. et supp. des cell. mast. *Lancet,* 28 av. 1894.

GRANDHOMME. — Contribut. à l'étude des supp. des cell. mast. Thèse de Paris, 1890.

HEIMAN. — Quelques mots sur l'ouvert, ap. mast. *Zeitsch. für ohr.*, t. XXI, 3e et 4e fasc., janv. 1890.

JAN. — Des complicat. de l'ot. moy. sup. et de la trépan. de l'apop. mast. Thèse Paris, 1885.

KNAPP. — Deux cas d'infl. mast. C. R. Soc. Am. 22 sept. 1891, *Revue de laryngologie,* nº 1, p. 17, 5 janv. 1892.

KNAPP — Les indicat. de l'ouvert. de l'ap. mast. d'après de récentes observations. C. R. S. Am. *Rev. laryng.*, p. 134, nº 5, mars 1885.

LACOARRET. — Un cas de mastoïd. traité et guéri par cautérisation au thermo. *Annal. de la fac. de Bordeaux,* janv. 1889.

MENARD. — Des supp. de l'apoph. mast. sous l'infl. de la grippe. Thèse Paris, 1891.

MIOT. — Traité des maladies de l'oreille, 1871.

MOLL. — Trépanat. de l'ap. mast. par le Dr Moll, *Revue de laryng.*, 15 juillet 1892.

MOOS. — Trois cas mortels de complicat. otique intracrânien, *Zeits. f. ohren, Bd,* XXV, Heft 3 et 4, 1894.

— Valeur diagnostic de la matité de l'ap. mast. *Arch. of. oh.*, janvier, avril 1894.

— Sur la forme de Bézold de la malad. de l'ap. mast. et la thromb. du sinus latéral *Zeits. f. ohr.*, vol. XX, 1er livre.

MOURE. — Complicat. mastoïd. de la grippe, *Rev. de laryng.*, 15 sept. 1890, n° 18.

— Otite moy. avec abcès mastoïd. guérison, *R. de laryng.*, n° 14, 1er sept. 1880.

— Abcès cérébral latent consécutif à une otite moyenne suppurée, Congrès international de Rome, 5 avril 1894.

OKEUNEFF. — Nouveaux symptômes pour le diagnostic des affections profondes de l'apophyse mastoïde dans l'ot. moy. sup. *Wratd*, nos 48 et 49, 1893.

PÉAN. — Otite purulente. Trépanation de l'apophyse mastoïde, *Paris méd.*, 9 décembre 1880.

POLITZER. — Traité des maladies de l'oreille, traduct. de Joly (de Lyon), 1884.

POMEROY. — Un cas d'abcès des cell. mast. C. R. Soc. otol. am. *Rev. laryng.*, 1er nov. 1880.

REULING. — Otite moyenne supp. avec carie du temporal. Abcès épi-méningé. Apophyse mastoïd. intacte, *Arch. of. ot.*, janvier, av. 1894.

RIVIÈRE. — Sur la mastoïdite, *Lyon médic.*, n° 1, 1894.

SCHWABACH. — Pyohémie otitique sans phlegmon du sinus. *Deut. med. Woch.*, n° 4, 1894.

SCHWARTZE. — Indications de l'ouverture de l'apophyse mast. C. R. Cong. intern. des sciences médicales. Copenhague, 1884.

SIME. — Trépanation de l'apop. mast. normale ou saine comme moyen de guérir la douleur dans les otit. moyen. C. intern. d'ot. et de laryng., Paris, 1889, *Revue de laryng.*, 1er octobre 1889, n° 19.

STRAUBRIDGE. — Deux cas de perf. des cellules mast. nécessité par une otit. moyen. supp., *The medical News*, 18 oct. 1885.

SUNE (Louis). — Diagnostic et trait. de la pachyméningite aiguë consécu-

tivè à une otite médiane périostique. *R. laryng. rinol. y otol.*, août 1894.

TURINI. — Complication pyohémique dans une forme d'otite moyenne aiguë avec caractère épidémique, *Archiv. Ital. di otol. rinol. et laringol.*, janv. 1894.

WALKER SECKER. — Ouverture du sinus, *Lancet*, 1894, t. II, p. 1160.

WEELER. — De la trépanation dans la maladie de l'apoph. masto. et du tympan, *The Dublin journal of. med. sciences*, octobre 1884.

WILD. — De la percussion de l'apoph. mast., avec relation d'un cas de pyohémie à la suite d'une affection ancienne de l'apop. C. R. de la Société ot. allem., mai 1893, *Revue de laryng.*, n° 17, 1er sept. 1893.

WOODS. — Affection de la région mast. avec analyse de 41 cas. C. Rap. de la Soc. Cl. de Maryland, *Revue de laryng.*, n° 7, avril 1894.

ZEECH. — Abcès de l'apoph. masto. simulant une pyohémie du sinus latér. *Quaterly medical journal*, juillet 1894.

20,077. — Bordeaux, Y. Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.